

Kari Rudningen Fossli

Ernæringspraksis er mer enn måltid

Personer med demens i dagaktivitetstilbud



TEMAHEFTE



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

TEMAHEFTE

Ernæringspraksis er mer enn måltid

Personer med demens i dagaktivitetstilbud

Kari Rudningen Fossli

© Forlaget Aldring og helse, 2015
Omslag/repro: BK Grafisk, Tove Aasrum
Foto: Martin Lundsvoll

ISBN: 978-82-8061-761-3 (PDF)



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Forord

I 2007 la regjeringen fram en handlingsplan for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens, *Demensplan 2015, «Den gode dagen»*. Demensplanen er en delplan til St. meld. nr. 45 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer». Et av satsingsområdene er etablering av dagaktivitetstilbud tilrettelagt for personer med demens. Dagaktivitetstilbudet skal bidra til en meningsfull hverdag med fokus på aktivitet, opplevelse av mening, trygghet og sosialt samvær.

Måltider og ernæring er sentrale oppgaver for dagaktivitetstilbudet, i tillegg til fysisk aktivitet. Forutsetningen for å kunne utføre fysisk aktivitet, er at kroppen får tilført næringsrik mat og drikke. På grunn av sykdommen vil mange hjemmeboende personer med demens ha utfordringer med å ivareta sitt eget kosthold. Utfordringer kan blant annet være nedsatt matlyst, manglende evne til å styre matinntaket, eller nedsatt sanselig funksjon som påvirker evnen til å få i seg mat. Måltidet i dagaktivitetstilbud er viktig for sosial og kognitiv stimulering. Dagtilbudet kan dessuten ha en viktig oppgave i det å utrede ernærings-tilstanden til personene med demens. En annen vesentlig oppgave er å bidra til god ernæringstilstand hos den enkelte deltager i tilbudet. Rett mat til rett pasient, til rett tid er et prinsipp som dagaktivitetstilbudet kan bidra til å ivareta.

Dette temaheftet er utarbeidet av sykepleier Kari Rudningen Fossli som har lang erfaring med ernæringsarbeid i kommunal pleie- og omsorgssektor som leder og sykepleier. Hun har også vært prosjektkoordinator i fagutviklingsprosjekter som omhandler ernæringsarbeid. En stor takk til forfatteren for at hun på denne måten deler sine erfaringer med oss.

Aldring og helse håper at heftet kan være til inspirasjon og gi nyttige ideer i arbeidet med utvikling av gode dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Tønsberg, oktober 2015

Kari Midtbø Kristiansen
Daglig leder

Liv B. Taranrød
Prosjektleder

Elin H. Aarø Strandli
Prosjektleder

Forfatterens forord

Dette temaheftet er skrevet til dem som har ansvar for, eller arbeider med dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Temaheftet er også til deltakere som gjennomgår permen «Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling».

I dette temaheftet vektlegges det generelle ernæringstiltak for personer med demens i et dagaktivitetstilbud. Temaheftet er ikke uttømmende og jeg anbefaler at personalet også bruker retningslinjene i Kosthåndboken fra 2012. I møte med pasienter som trenger spesialdietter, kan det også være nødvendig å samarbeide med ernæringsfysiolog.

Jeg håper at dette temaheftet vil gi nyttig kunnskap som gir inspirasjon til god praksis, både i eksisterende dagaktivitetstilbud og i nye tilbud som etableres i årene som kommer. Temaheftet kan gjerne leses fra første til siste side, men det kan like gjerne brukes som en oppslagsbok. Jeg anbefaler også at personalet i dagaktivitetstilbudet leser Temaheftet «Måltider er mer enn mat», skrevet av Grethe Berg. God ernæringspraksis for personer med demens, vil bidra til å forebygge feilernæring og underernæring.

Lykke til med dette viktige ernæringsarbeidet!

Nøtterøy, oktober 2015

Kari Rudningen Fossli





Innhold

INNLEDNING	
Hvorfor det er viktig med ernæringsarbeid?	7
God ernæringspraksis i dagaktivitetstilbud for personer med demens	9
Rett mat til rett pasient til rett tid	11
TRINN 1	
Vurdering av ernæringsstatus - kartlegging	13
Kartlegging av demenssymptomer	13
Kartlegging av kulturelle og religiøse kosthensyn	14
Undersøkelser	16
Vekt og vektendring	16
Høyde	16
KMI (kroppsmasseindeks)	16
Laboratorieundersøkelser	17
Historien	17
TRINN 2	
Vurdere behovet for ernæring	18
Energi	18
Proteiner	18
Væske	18



Innhold

TRINN 3	
Vurdere matinntak i forhold til behov	20
Kostsamtale	20
Kostregistrering	20
TRINN 4	
Lage en ernæringsplan og sette i gang tiltak	22
Utfordringer	22
Ernæringstiltak	22
Måltider	22
Nøkkelrådskosten	23
Energi- og næringstett kost	24
Energivivå	24
Tilpasset kost	25
Spesialkost	25
TRINN 5	
Oppfølging og evaluering	26
Dokumentasjon	26
Oppfølging av risikogrupper	26
Kvalitetssikring i ernæringsarbeidet	26
Kompetanse	27
Referanseliste	28



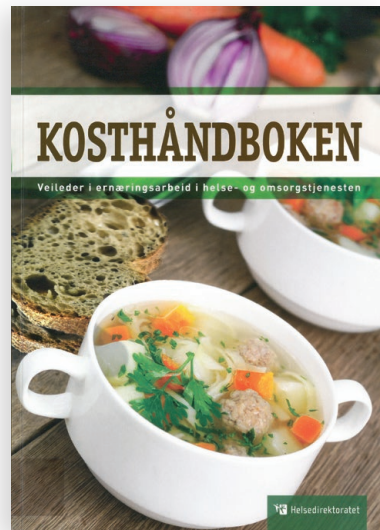


INNLEDNING

Hvorfor det er viktig med ernæringsarbeid?

Måltid og matfellesskap er en av de viktigste kjerneaktivitetene i et dagaktivitetstilbud. Sammensettingen av kostholdet har stor betydning for personens helse. God matomsorg vil si å sikre et tilstrekkelig kosthold ut fra ernæringsbehovet. Maten skal dessuten tilbys på en måte som bidrar til matglede, og slik at personen med demens opplever omsorg. Å lage og servere mat handler om å gi rammer for fellesskapet mellom mennesker. Vi trenger derfor kunnskap om matens betydning for den enkelte pasient. Ernæringsarbeidet i dagaktivitetstilbudet må individuelt tilpasses slik at måltidene og aktivitetene gir muligheter for mestring og trivsel for personen med demens. Godt ernæringsarbeid handler derfor både om ernæringsbehov og fellesskap.

Kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2012) er en veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenestene, og dette temaheftet bygger på anbefalinger fra Kosthåndboken.



Generelt om ernæring og retten til mat

Ernæring har stor betydning for livskvalitet. Hvordan kostholdet er sammensatt, har mye å si for helsa. Et måltid kan gi gode opplevelser som matglede, velvære og hyggelig samvær. De fleste har gode minner om måltid og tradisjoner som de ønsker å følge.

Personer med demens i en tidlig fase, klarer oftest å gjennomføre de praktiske, daglige oppgavene med mat og matinntak. Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, rammes evnen til å ta vare på seg selv, planlegge og gjennomføre de daglige gjøremål, som å handle inn og tilberede måltider. Kapittel 4 i Helse- og omsorgstjensteloven (2010) påpeker at personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, har rett til et ernæringsmessig fullgodt kosthold.

Hos personer med demens kan opplevelsen av sult, metthet eller det å være tørst, være nedsatt eller forsvinne. Dårlig matlyst, tretthetsfølelse og liten lyst til å være med på aktiviteter, kan være tegn på underernæring¹ og/eller feilernæring. Vi må derfor finne ut hva som kan være årsaken når slike tilfeller oppstår. I et dagaktivitetstilbud har vi en god arena for å samarbeide med personene, samt å observere og registrere inntak av mat og drikke. Fagpersoner som arbeider med dagaktivitetstilbud for personer med demens, må gjøre seg kjent med den enkeltes spesielle behov og ønsker. Et godt samarbeid med helsetjenester i hjemmet, der det er aktuelt, vil gjøre det lettere å bli kjent med endringer i helsetilstand og grunnleggende behov. Videre er det nødvendig med et tett samarbeid med pårørende. Målet er å sikre at personen med demens får tilstrekkelig og næringsrik mat og drikke hver dag.

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester (1982) vektlegger ansvaret om forsvarlig helsehjelp. Forsvarlig helsehjelp i et dagaktivitetstilbud innebærer at personer med demens har krav på individuell hjelp. Ved kartlegging og vurdering av den enkeltes behov for energi og næringsstoff, må det vurderes i hvilke grad personen med demens har krefter, kunnskap og innsikt til å følge opp kostholdet.

Eksempler på oppgaver knyttet til grunnleggende behov for ernæring i dagaktivitetstilbud kan være å:

- dekke de fysiologiske behov slik at personen med demens får tilstrekkelig mat og drikke
- tilrettelegge for et helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet med hensyn til mat
- tilby konsistenstilpasset kost
- tilby spesialkost ved behov
- gi tilpasset hjelp ved måltider slik at personen får nok tid og ro til å spise
- dekke de sosiale behov med mulighet for samvær, sosial kontakt og aktivitet
- gi spesiell tilrettelegging av måltider
- tilrettelegge for nødvendig medisinsk undersøkelse, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg som er tilpasset den enkeltes tilstand
- tilrettelegge for nødvendig tannbehandling
- ivareta munnhygiene

Den som yter helsehjelp i et dagaktivitetstilbud, skal føre journal. Opplysninger om vekt, matinntak, energibehov og ernæringstiltak er nyttige opplysninger å ha med i pasientjournalen.

¹) *Underernæring: Ernærings situasjon der mangel på energi, proteiner og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og kroppsfunksjon, samt klinisk resultat.*



God ernæringspraksis i dagaktivitetstilbud for personer med demens

Et dagaktivitetstilbud for personer med demens kan bidra til å forebygge underernæring og/eller feilernæring. Rammene for god praksis innen ernæring, er et lederansvar. Mange pårørende har mye å bidra med og ønsker å ha en sentral rolle i forhold til ernæring for deres person med demens. Gjennom å samarbeide med pårørende og lytte til pårørendes erfaringer, ønsker og mål, vil det være lettere å opprettholde en god ernæring og unngå underernæring/feilernæring for personen med demens. Erfaringen viser også at et tett samarbeid om ernæring mellom dagaktivitetstilbud og helsetjenester i hjemmet, er avgjørende. Et godt organisert samarbeid vil kvalitetssikre et godt ernæringsarbeid.

De Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2009) pålegger kommunene å identifisere underernæring og feilernæring hos sine pasienter. Retningslinjene legger vekt på å sikre en forsvarlig helsetjeneste og med utgangspunkt i god personsentrert omsorg.



- *Alle pasienter/beboere skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak, og deretter månedlig i sykehjem/institusjon og i hjemmesykepleie*
- *Dokumentasjon om ernæringsstatus skal være en naturlig del av undersøkelses- og behandlingstilbudet*
- *Fastlegen skal regelmessig vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe.*

God ernæringspraksis i dagaktivitetstilbud innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av personens ernærings situasjon, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernærings tiltak, samt oppfølging og evaluering.

Kosthold og måltider sier noe om tilhørighet. Temaheftet «Måltider er mer enn mat», beskriver kunnskap, råd, ideer og inspirasjon til planlegging og gjennomføring av måltider i dagaktivitetstilbud for personer med demens (Berg, 2012).

Temaheftet du nå sitter med, legger vekt på kartlegging og oppfølging av pasientens ernæringsstatus. Rett mat til rett pasient til rett tid krever kompetanse hos helsepersonell, og ikke minst samarbeid med pårørende. For å oppnå god kvalitet i ernæringsarbeidet i et dagaktivitetstilbud, er det nødvendig med tett samarbeid med pårørende, demensteam/demenskoordinator og andre helse-tjenester i hjemmet. Temaheftet kan være en hjelp for å implementere relevante faglige retningslinjer innen ernæring. Hovedmålsettingen er å sikre god kvalitet som handler om en forsvarlig praksis, der ernæringstiltak er tilpasset den enkeltes behov.

«Hvis vi kunne gi hver enkelt rett mengde næring og mosjon, ikke for mye og ikke for lite, – da ville vi ha funnet den sikreste veien til helse.»

(Hippokrates, 460-377 f.kr)



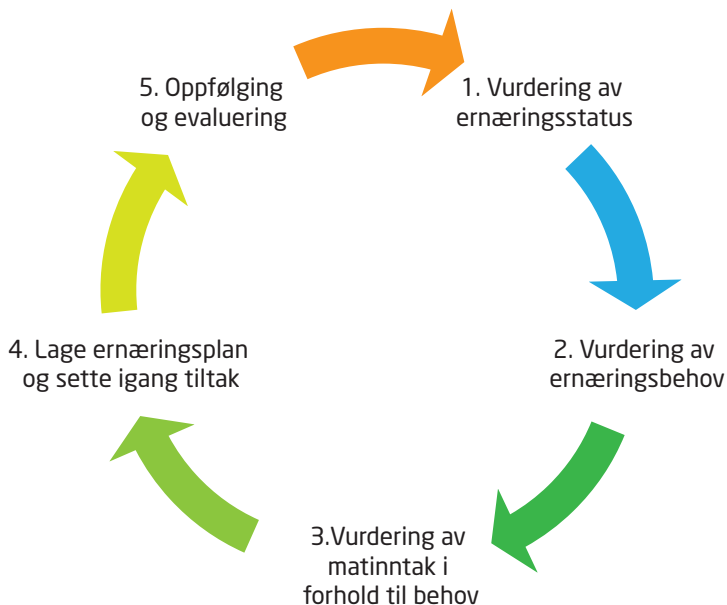


Rett mat til rett pasient til rett tid

Kosthåndboken viser til en kvalitets sirkel for god ernærings praksis i helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitetssirkelen vektlegger fem trinn:

1. Vurdering av ernæringsstatus
2. Vurdering av ernæringsbehov
3. Vurdering av matinntak i forhold til behov
4. Lage ernæringsplan og sette i gang tiltak
5. Oppfølging og evaluering.



Eksempel

Per Nordmann er 80 år og bor alene. Per deltar i et dagaktivitetstilbud for personer med demens to ganger i uka. Han er aktiv og er opptatt av å spise sunt. Når han deltar i tilbudet, spiser han normale porsjoner. Personalet på dagaktivitetstilbudet veier pasientene en gang i måneden. For en uke siden ble Per veid, og personalet ble forundret da de oppdaget at Per hadde en vektreduksjon på over tre kg den siste måneden. Dette kan tyde på at Per spiser alt for lite hjemme. Dagaktivitetstilbudet har derfor tatt kontakt med pårørende og helsetjenester i hjemmet for å kartlegge ernærings situasjonen. Når Per deltar i dagaktivitetstilbudet får han nå næringsrik mat, og han får næringsdrikke som mellommåltid. Per er sosial, og det vektlegges at Per får et fellesskap ved bordet der gode historier blir fortalt. Personalet er opptatt av bordplassering og legger til rette for god dialog.





TRINN 1

Vurdering av ernæringsstatus - kartlegging

Underernæring utvikler seg over tid og kan være vanskelig å oppdage. Rutinemessig vektkontroll er en enkel metode når en skal følge opp personer med demens. En annen viktig metode som ofte benyttes, er å regne ut kroppsmasseindeks² (KMI). Å kartlegge inntak av mat og drikke er et godt kartleggingsredskap i ernæringsarbeidet. Vektkontroll kan brukes til å følge med i vektutviklingen. Hensikten med å kartlegge ernæringssituasjonen, er å iverksette eventuelle kosttiltak tilpasset den enkelte pasient. Kosthåndboken gjennomgår flere kartleggingsverktøy innen ernæringsarbeid, som NRS 2002³, MNA⁴, MUST⁵, SGA⁶ (se Kosthåndboken, vedlegg).

Opplysningene om ernæringssituasjonen hentes fra samtaler med pasienten og pårørende. Først og fremst må en gjøre seg godt kjent med dokumentasjonen som følger søknaden om dagaktivitetstilbud. Her er livshistorien sentral, og pårørende kan gi supplerende informasjon. Det er nødvendig med kartlegging av matvaner og behov for tilpasninger av måltidene.

Etter samtykke fra pasienten kan det være nødvendig å konsultere demensteam /demenskoordinator, ansvarlig sykepleier, fastlegen og/eller behandlende eller annet helsepersonell som kjenner pasienten godt.

Kartlegging av demenssymptomer

Det er nødvendig å innhente opplysninger om demenssymptomer fra helsetjenester i hjemmet og demensteam / demenskoordinator. Demenssykdommen kan påvirke personens ernæringsinntak, og det kan oppstå feilernæring på grunn av for liten variasjon i matinntaket. Noen velger søte, lette matvarer, som kaker og sjokolade, fordi de ikke lenger klarer å planlegge eller tilberede måltider. Maten må også være tilgjengelig i kjøleskap og matskap slik at personen finner maten. Noen har

²) KMI (BMI): *Kroppsmasseindeks = kg/m², side 259 i Kosthåndboken*

³) NRS 2002: *Nutrition Risk Screening 2002, side 260 i Kosthåndboken*

⁴) MNA: *Mini Nutrition Assessment, side 263 i Kosthåndboken*

⁵) MUST: *Malnutrition Universal Screening Tool, «Mini Underernæring Screeningsverktøy», side 263 i Kosthåndboken*

⁶) SGA: *Subjective Global Assessment, side 264 i Kosthåndboken*

nedsatt metthetsfølelse og spiser alt som er i kjøleskapet på en gang. En må derfor observere demenssymptomer som:

- svekket oppmerksomhet
- nedsatt læringsevne
- språkproblemer
- apraksi (manglende evne til å utføre praktiske handlinger)
- agnosi (manglende evne til å kjenne igjen objekter)
- handlingssvikt / initiativløshet
- svekket forståelse av handling i rom
- svekkede intellektuelle evner.

Kartlegging av kulturelle og religiøse kosthensyn

I oppstartsfasen må en få rede på om det er behov for tilpasninger på grunn av kulturelle og/eller religiøse forhold eller på grunn av helsetilstand. I 2011 hadde cirka 12 prosent av den norske befolkningen utenlandsk bakgrunn. De fleste kommer fra skandinaviske land, Europa og USA, men Norge har også mange innvandrere fra Asia, Afrika og Sør – Amerika. Noen legger stor vekt på ulike religiøse påbud knyttet til mat. Det er derfor en fordel å ha bakgrunnsopplysninger om ulike matkulturer og religioner. De norske matvanene er påvirket av innvandring og økt kontakt med andre kulturer, for eksempel gjennom turisme. Holdninger og oppfatninger om hva slags mat som hører hjemme ved feiringer og markeringer, har forandret seg. Det beste er å spørre personen eller pårørende om hvilke matvarer han eller hun ønsker å spise. Dersom det er språkproblemer, bør det benyttes tolk.

Eksempler på spørsmål som kan være ekstra viktige å stille personer med innvandrerbakgrunn:

1. Drikk du melk?
2. Spiser du yoghurt?
3. Spiser du ost? I så fall hvilke typer?
4. Spiser du egg?
5. Spiser du kjøtt? I så fall hvilke typer?
6. Spiser du fisk?
7. Spiser du brød eller knekkebrød?
I så fall hvilke typer?



Eksempler på spørsmål som kan være nyttige i inntakssamtalen

Diagnose/tilstand	Er det sykdommer eller tilstander som krever en spesialkost? Eksempel: Allergi, cøliaki, diabetes.
Matvarer som må unngås	Er det matvarer som absolutt ikke kan spises/drikkes, og eventuelt hvorfor? Er det matregler knyttet til religion, livsstil eller mataversjoner?
Hjelp til og tilrettelegging av måltidene	Er det behov for spesiell tilrettelegging eller oppfølging i måltidene? Eksempel: Kan personer med dårlig syn eller håndmotorikk trenge hjelp til å skjære opp maten eller åpne engangspakninger.
Tannstatus	Hvordan er munn- og tannhelse? Er det tannproblemer, munnsårhet eller munntørrehet? Hvordan er munnhyggiene? Er det regelmessig kontakt med tannhelsetjenesten?
Spisevansker	Vansker med å tygge eller svelge? Kartlegging av hvilke matvarer som foretrekkes kan ofte gi nyttig informasjon om spisefunksjon.
Medisiner	Brukes medisiner som kan påvirke matinntak og ernæringsstatus?
Andre ernæringsrelaterte data	Er det andre faktorer som påvirker matinntak og ernæringsstatus som: - ødemer - kvalme/oppkast - forstoppelse/diaré
Synsproblemer	Trengs det synshjelpemidler? Er det behov for ekstra god belysning, kontrastfarger på dekketøy og underlag?
Hørselsproblemer	Er det noen kommunikasjonsproblemer som bør tas hensyn til ved bordplassering? Trengs det hørselshjelpemidler?
Observere mestring på kjøkkenet hjemme	Hva mestres på kjøkkenet når pasienten er hjemme? Kan personen gjennomføre aktiviteter i riktig rekkefølge, som for eksempel borddekkning? Trengs det komfyrvakt? Trengs det hjelp til matinnkjøp og matlaging? Er det behov for middagsordning fra kommunen? Blir sult- og tørstebehov verbalisert?
Sosial funksjon	Skaper måltidene trivsel og matlyst? Blir personen med demens ivaretatt og anerkjent ut fra en personsentrert tilnærming? Er det behov for spesielle tiltak for å ivareta trygge og likeverdige matfelleskap? Er det behov for skjerming?

Undersøkelser

Når det gjelder undersøkelser, er det viktig at dagaktivitetstilbudet har et samarbeid med helsetjenester i hjemmet. Den enkleste og viktigste undersøkelsen er regelmessig veiing og måling sammen med utregning av KMI (kroppsmasseindeks). Hvis det er mistanke om feilernæring eller underernæring, bør fastlegen være med å vurdere videre oppfølging. Det kan da være aktuelt med laboratorieprøver.

Vekt og vektendring

Når en skal følge vektendring over tid, må rutinene standardiseres. Det vil si at veiing bør skje til samme tidspunkt på dagen, fortrinnsvis før frokost. Personen veies i lett påkledning etter å ha tømt urinblæren. Det er viktig å bruke den samme vekten hver gang. Etter avtale kan regelmessig veiing utføres av personen selv, pårørende eller hjemmesykepleien.

Høyde

Høyden måles på et høydemål som er festet inntil en vegg. Ved høydemåling av personer som ikke kan stå oppreist, er det et alternativ er å bruke «husket høyde» dvs den høyden personen husker å ha.

KMI (kroppsmasseindeks)

KMI, også kalt BMI (Body Mass Index), beskriver forholdet mellom høyde og vekt, og brukes til å definere over- og undervekt. KMI beregnes ved å dividere vekt (kg) med kvadratet av høyde, se BMI-kalkulator: <http://www.bmi-kalkulator.no/>

Eksempel

Du er primærkontakt for Per og skal regne ut hans KMI.

Per måler 1,83 m og veier 70 kg.

KMI: $70 : (1,83 \times 1,83) = 20,9 \text{ kg/m}^2$.

I følge KMI kategori for voksne er Per mulig undervektig.



KMI-kategorier for voksne

< 18,5	=	undervekt
18,5-20	=	mulig undervekt
20-25	=	normalvekt <i>OBS: 22-27 = normalvekt for personer over 70 år</i>
25-30	=	overvekt
30-35	=	fedme, grad 1
35-40	=	fedme, grad 2
40 og over	=	fedme, grad 3

Laboratorieundersøkelser

Ved mistanke om feil- og underernæring, kan blodprøver være et supplement til utredning og kartlegging. Oppsiktsvekkende laboratoriefunn må alltid kontrolleres med nye prøver. Det er fastlegen som har ansvar for å bestille og tolke laboratorieprøver. Aktuelle prøver kan være:

S- **Albumin** for vurdering av dårlig næringsinntak de siste to til tre måneder

S- **Transferrin** for vurdering av næringsinntak og proteinstatus de siste to til fire ukene

S- **Prealbumin** for vurdering av proteinstatus og næringsinntak de siste dagene

Elektrolytter for vurdering om parenteral ernæring⁷ bør benyttes

S- **Glucose** for vurdering av blodsukker

S- **Kreatinin** for vurdering av nyrefunksjonen

S- **Jern** for vurdering av jernmangelanemi

S- **B12** og folat for vurdering av anemi

Kalsium, magnesium og fosfat for vurdering av dårlig næringsinntak og diaré

Historien

I tillegg til å kartlegge vekt og høyde, må en få frem den bakenforliggende historien. Har matinntaket og/eller vekten endret seg den siste tiden? Personer med høy vekt kan også være underernært og trenge ernæringsbehandling. Vektendring er den enkleste metoden å måle endringer i ernæringsstatus på. En ufrivillig vektnedgang på 5 prosent siste måneden eller 10 prosent det siste halvåret er et alvorlig vekttap, og individuelle tiltak må igangsettes. Det finnes også andre metoder for ernæringskartlegging, se Kosthåndboken.

⁷⁾ Parenteral ernæring: Intravenøs ernæring.



TRINN 2

Vurdere behovet for ernæring

Målrettet ernæringsbehandling gir helsegevinster og underernæring har alvorlige konsekvenser for helse og livskvalitet, som:

- økt risiko for komplikasjoner
- økt risiko for å falle
- redusert motstand mot infeksjoner
- forverret fysisk og mental funksjon
- redusert livskvalitet
- forsinket rekonvalesens
- økt dødelighet

For å vurdere ernæringsbehovet til personen, følges noen tommelfingerregler vedrørende energi, proteiner og væske.

Energi

Energi måles i kilojoule (KJ) eller kilokalorier (kval). $1 \text{ KJ} = 4,2 \text{ kcal}$. Hvilestoffskiftet er det energibehovet kroppen har til fordøyelse, varme-produksjon, vedlikehold av kroppens celler og funksjon av organene. Avhengig av fysisk aktivitet kan det totale energibehovet beregnes. Energebrevet er nært knyttet til muskelmasse og aktivitetsnivå. Hos personer med lavt aktivitetsnivå, brukes denne formelen:

- $30 \text{ kcal/kg kroppsvekt/døgn}$

Proteiner

Proteiner er kroppens byggesteiner, og musklene er kroppens proteindepot. Alle cellene i kroppen er blant annet bygd opp av proteiner. Proteinmangel skyldes ofte for lavt matinntak og kan føre til muskelsvakhet, ødemer, hud- og hårforandringer. Proteiner finnes i kjøtt, fisk, egg, korn osv.

- Proteinbehovet: $1 \text{ g/kg kroppsvekt/døgn}$

Væske

Vannets viktigste oppgaver er å transportere næringsstoffer, regulere kroppstemperaturen og bidra i omsetningen av kroppens celler og vev. Kroppen taper væske via urin, avføring, hud og lunger. Ved feber, oppkast, diare og forstoppelse, er det viktig å tilføre tilstrekkelig mengder væske.

- Væskebehovet normalt er $30 \text{ ml/kg kroppsvekt /døgn}$

Eksempel

Per er 70 kg og oppegående.

Hans behov for energi, protein og væske er:

Energi: $70 \times 35 \text{ kcal} = 2450 \text{ kcal}$

Protein: $70 \times 1 \text{ g} = 70 \text{ g}$

Væske: $70 \times 30 \text{ ml} = 2100 \text{ ml}$



Tabell for beregning av energi-protein- og væskebehov

Energibehov	Sengeliggende	30 kcal/kg/døgn
	Oppegående	35 kcal/kg/døgn
	Oppbyggingsfasen	40 kcal/kg/døgn
	Mager	Øk med 10 %
	Alder over 70 år	Reduseres med 10 % *
	Feber	Øk med opptil 10 % for hver grad forhøyet temperatur
Proteiner	Friske	0,8 – 1,0 g/kg/døgn
	Syke	1,0 – 1,5 g/kg/døgn
	Kritisk syke	1,5 – 2,0 g/kg/døgn
Væske	Voksne	30 ml/kg kroppsvekt (1500ml ved lav kroppsvekt)
	Feber	Øk med opptil 10 % for hver grad forhøyet temperatur.
	Ved stort væsketap	Øk med tilsvarende tapet eller med 10 %

**Energibehovet synker med alderen, mens behovet for vitaminer/ mineraler er det samme. Behovet for D-vitamin er økt for eldre som er lite ute i sollys.*



TRINN 3

Vurdere matinntak i forhold til behov

Kostsamtale

For å vurdere matinntaket, gjennomføres en samtale med personen med demens, gjerne sammen med pårørende og/eller hjemmesykepleie. I denne samtalen kartlegges hva personen spiser og drikker på en vanlig dag. Det inkluderer måltidsrytme og matvarevalg og porsjonsstørrelse. Hensikten med denne samtalen er å innhente relevante opplysninger for planlegging av ernæring og tilrettelegging av måltider. Personer med demens som har en ernæringsmessig risiko, må ha en ernæringsplan, og dermed blir det videre arbeidet å foreta en kostregistrering.

Kostregistrering

Kostregistrering er en kartlegging av alt som spises og drikkes i løpet av en dag (Se Kosthåndboken, side 269).



Du er primærkontakt og skal i dag ta en kostregistrering og vurdere om matinntaket er tilfredsstillende i forhold til behov.

Per veier 70 kg og er 183 cm høy.

I dag spiser Per:

Frokost: 1 brødkive med kokt skinke og 1 glass juice

Mellommåltid: 1 kjeks, 1 kopp kaffe og 1 banan

Middag: 1 liten potet, 1 kjøttkake m/ saus, 2 spiseskjeer grønnsaker, ½ tallerken suppe

Kveldsmat: ½ brødkive m/margarin og ost, og 1 glass skummet melk



Tabell kostholdsinnhold

	Spist mengde	kcal	protein	væske
Frokost	1 brødskive med kokt skinke	162	2,5	
	1 glass juice	70	1	150
Mellommåltid	1 kjeks	30	1	
	1 kopp kaffe			150
	1 banan	100	1	
Middag	1 potet	55	1	
	1 kjøttkake med saus	130	8,5	50
	2 spiseskje tyttebærsyltetøy	40		
	½ tallerken suppe	40	1,5	100
Kveldsmat	½ brødskive med smør og ost	100	2	
	1 glass skummet melk	50	5	150
	1 glass vann			150
Totalt hele dagen		777 kcal	23,5 g	750 ml

*Inntaket er ikke tilfredsstillende i forhold til behov når det gjelder kcal, proteiner og væske.
Hva er behovet? Viser til eksempel side 15.*



TRINN 4

Lage en ernæringsplan og sette i gang tiltak

En ernæringsplan for personer med demens som får et dagaktivitetstilbud, bør inneholde dokumentasjon om personens ernærings situasjon, behov for energi og næringsstoffer, informasjon om matinntak og oversikt over målrettede tiltak.

Utfordringer

Personen med demens kan ha manglende initiativ, og dermed kan det bli vanskelig å planlegge matinnkjøp. Det kan gradvis bli vanskeligere å mestre det å tilberede måltidene. Inntak av mat og drikke blir for lavt, og personen taper vekt og blir dehydrert (uttørket). Senere i sykdomsforløpet kan personen få vansker med å uttrykke sine behov, og han glemmer å spise, eller glemmer at han nettopp har spist. Ved alvorlig demens kan det også bli problemer med å gjenkjenne maten. Personer med demens må derfor observeres regelmessig med tanke på slike endringer. Symptomene ved demens kan i tillegg endre seg fra dag til dag, og oppfølging og justering av tiltak er derfor nødvendig. For å sikre koordinering med helsetjenester i hjemmet, trengs det gode rutiner og oppfølging daglig. En matdagbok/informasjonsbok kan være et samarbeidsdokument mellom dagaktivitetstilbudet, pårørende og helsetjenester i hjemmet.

En ernæringsplan kan med fordel inngå i en individuell plan slik at behandling og oppfølging ivaretas på alle nivåer.

Ernæringstiltak

For mange innebærer et dagaktivitetstilbud en mulighet til å spise sammen med andre. Mat er ikke bare ernæring. Mat er viktig, både sosialt, psykologisk og kulturelt. For de aller fleste har maten og måltidene betydning for trivsel og livskvalitet. Måltidene skal gi gode opplevelser, og for mange er det dagens høydepunkt. Et måltid bør være preget av trivsel, nytelse, fellesskap, opplevelser, avkopling, valgmuligheter og struktur (Berg, 2012).

Måltider

Regelmessige måltider kan bidra til å strukturere dagen og gjøre konsentrasjonsevnen bedre. For de fleste vil det passe med tre til fire hovedmåltider og ett til to mellommåltider i løpet av dagen. Personalet som arbeider på et dagaktivitetstilbud, trenger derfor opplysninger om hvor mange måltider og mellommåltider som inntas, og hvordan næringsinntaket er hjemme. For å sikre en god måltidsrytme og at energiinntaket blir tilstrekkelig, må



ikke nattfasten være mer enn maks 11 timer. Spesielt er dette viktig ved energi- og næringstett kost.

Nøkkelrådskosten

Nøkkelrådskosten passer for de som har god ernæringsstatus og god matlyst. Den baserer seg på de nasjonale kostrådene for å fremme folkehelse og forebygge kroniske sykdommer. Her anbefales blant annet to til tre middager med fisk per uke og minst fem om dagen av frukt og grønt, der halvparten bør være grønnsaker.

Kosthåndboken anbefaler to standardkoster

Nøkkelrådskost	Energifordeling: Fett: 25-35 % Protein: 10 -20 % Karbohydrat: 50-60 % Antall måltider: Frokost – Lunsj - Middag – Kveldsmat + 1 mellommåltid	Egner seg for: Alle friske og syke med god ernæringsstatus uten risiko for underernæring. Kan også brukes for personer med diabetes, hjertekar sykdom og overvekt. Det kan være behov for individuelle justeringer.
Energi- og næringstett kost	Energifordeling: Fett: 35-40 % Protein: 15-20 % Karbohydrat: 40-50 % Antall måltider: 4 hovedmåltider 2 mellommåltider	Egner seg for: Personer i ernæringsmessig risiko. Personer med moderat underernæring. Personer med nedsatt allmenntilstand Personer med liten matlyst.

Energi- og næringstett kost

Energi- og næringstett kost bør gis til personer som har risiko for å utvikle underernæring eller har dårlig matlyst. Den har høyere fettinnhold enn nøkkelrådskosten, slik at porsjonene inneholder like mye energi og protein selv om de er mindre.

Eksempel på beriking:

Fett: Smør, olje, fløte, majones, rømme.

1 spiseskje = 100 kcal ekstra

Karbohydrater: sukker, melis, sirup, honning.

1 spiseskje = 30-50 kcal

Protein: Egg, kesam, revet ost. 1 spiseskje = 30-50 kcal

Eksempel:

Havregrøt på vann: 70 kcal

Havregrøt på H-melk: 200 kcal

*Havregrøt kokt på melk tilsatt
1 spiseskje nøytral olje: 300 kcal*

*Havregrøt kokt på melk og
tilsatt 1 spiseskje olje
og 1 spiseskje smør: 400 kcal*

Energinivå

Personalet må kjenne energiinnholdet i måltidene, slik at de enkelt kan beregne pasientens energiinntak. Energiforbruket varierer fra person til person på grunn av forskjeller i kroppsvekt, kroppssammensetning og aktivitetsnivå. For alle som har en passende vekt, bør energiinntaket tilsvare energiforbruket.

Tilpasset kost

Tilpasset kost ved tygge- og svelgeproblemer skal forebygge ernæringssvikt og sikre trygge og gode måltider. For utredning og behandling ved spisevansker, kreves ofte tverrfaglig samarbeid mellom for eksempel lege, sykepleier, logoped, klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapeut. Det stilles samme krav til smak og næringsinnhold, og at maten tilbys på en appetittvekkende måte, som ved standardkost. De fleste som trenger konsistenttilpasninger⁸ må ha energi- og næringstett mat for å dekke næringsbehovene.

Spesialkost

I Kosthåndboken gis en omtale av 13 ulike spesialkost (ekstra energi- og næringstett kost, lettfordøyelig kost, laktoseredusert kost, melkeproteinfri kost, glutenfri kost, fettredusert kost, natriumredusert kost, fosfatredusert kost, væskekontrollert kost, proteinkontrollert kost, proteinrik kost, kaliumredusert kost og vegetarkost). Spesialkost kan være eneste behandling for noen diagnoser. Etter en individuell medisinsk vurdering, rekvireres spesialkost av lege, sykepleier eller klinisk ernæringsfysiolog. Spesialkosten må være forutsigbar og lages etter oppskrifter. Rammene er ufravikelige, men innenfor disse skal matvarevalget være mest mulig variert for å sikre en god ernæringsmessig sammensetning som fremmer helse og trivsel.

Viktige avklaringer i ernæringsplanen:

1. Hvilken kost trenger pasienten?
Eksempel: Standardkost, energi- og næringstett kost, spesialkost eller lignende
2. Vurder behovet for tilpasset kost for problemer med å tygge og svelge.
3. Er det behov for ekstra næringsstoffer, energi-beriking, mineraler og vitaminer?
4. Vurder behov for spisehjelp og tilretteleggelse av spisemiljø.
5. Vurder behov for annen tilpasning av måltider og mellommåltider.
6. Prøv ut og bestill aktuelle næringsdrikker.
7. Vurder behov for kostveiledning.
8. Er det behov for et møte med pårørende og/eller annet helsepersonell angående ernærings-situasjonen?



Per spiser kveldsmat klokken 18 og får frokost klokken 09. Det er da 15 timer nattfaste og Per går ned i vekt.

Hvilke tiltak bør iverksettes?

⁸⁾ *Konsistenttilpasninger vil si mat og drikke som er tilpasset pasientens tygge- og svelgfunksjon.*



TRINN 5

Oppfølging og evaluering

God ernæringspraksis innebærer gode rutiner i alle ledd. Den individuelle ernæringsplanen bør evalueres regelmessig, og minimum i forbindelse med at personen blir veid. De Nasjonale retningslinjer anbefaler månedlig veiing. Ved overføring til annet omsorgsnivå overføres ernæringsplanen til de fagpersonene som har ansvar for videre oppfølging.

Dokumentasjon

Dokumentasjon av ernæringsstatus og behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når personen med demens overføres til et annet omsorgsnivå. Ved utskrivning fra dagaktivitetstilbudet må det tas stilling til om pårørende, fastlegen og/eller hjemmesykepleien skal videreføre oppfølgingen av ernæringsplanen. Oppfølging av ernæringsstatus er en del av behandlingsansvaret.

Oppfølging av risikogrupper

Mange sykdomstilstander medfører risiko for utvikling av feil- og underernæring. Eksempler på sykdomsgrupper med spesiell risiko for underernæring er minoritetsetniske, enslige, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusmiddelavhengige og personer med kroniske sykdommer som leddgikt, kreft, hjerte- og

lungesykdom. Energi- og næringstett kost anbefales til dem som er i risiko for å utvikle underernæring eller allerede har redusert ernæringsstatus. Det anbefales videre et tett samarbeid mellom dagaktivitetstilbudet og pårørende, samt eventuelt helsetjenester i hjemmet.

Kvalitetssikring i ernæringsarbeidet

Temaer knyttet til ernæring, bør tas opp på personalmøter, internundervisning og i veiledningsgrupper. Ulike yrkesgrupper i dagaktivitetstilbudet har ulike oppgaver og ansvar i ernæringsarbeidet. God kommunikasjon mellom de ulike nivåene i helse-tjenesten er nødvendig for å sikre kvalitet og kontinuitet i arbeidet. Det bør derfor tilrettelegges for samarbeidsmøter der det eksempelvis er leverandører av ferdigmat, som fra et kommunalt, sentralt kjøkken, og personalet i dagaktivitetstilbudet. Ulike temaer om ernæring kan inngå i pårørendesamlinger i regi av dagaktivitetstilbudet og det kan gjennomføres regelmessige brukerundersøkelser om ernæring.

Alle former for ernæringstiltak knyttet til å sikre en god ernæringsstatus for personer med demens, kan være utgangspunkt for drøfting av etiske spørsmål. Sentrale etiske prinsipper som å ta vare på menneskets autonomi (selvbestemmelsesrett), brukermedvirkning, ikke skade personen, vel-

gjørenhetsprinsippet (gjøre det gode), samt å vise barmhjertighet og rettferdighet må alltid ligge til grunn for valgene vi tar. I en etisk refleksjon kan følgende problemløsningsmetode være nyttig:

1. Beskriv situasjonen
2. Klargjør problemet
3. Gjør rede for handlingsalternativene
4. Vurder de ulike handlingsalternativene
5. Gjør et valg og gjennomfør handlingen
6. Evaluering med vektlegging av: Hvordan ble resultatet? Hva lærte du?

(Etikkhåndboken)

Kompetanse

Personalet på et dagaktivitetstilbud må ha gode rutiner i ernæringsarbeidet, der de tar utgangspunkt i hvem personen med demens er, og om vedkommende har spesielle ernæringsmessige vaner med utgangspunkt i religion og/eller kultur. Mange av de som arbeider i helse- og omsorgssektoren, har bakgrunn fra andre land, og det kan derfor være behov for å lære om norske mattradisjoner også. Mattradisjoner er også forskjellige i ulike landsdeler, byer og bygder. Det kan være god hjelp hvis kjøkkenet som tilbereder maten, gir

utfyllende informasjon om hvordan måltidet skal settes sammen. Skriftlig informasjon og tegninger /foto kan vise hvordan måltidet skal se ut ved servering. Et tverrfaglig samarbeid som inkluderer personalet fra bestillerenheten, hjemmetjenesten, dagaktivitetstilbudet, eventuelt kjøkkentjenesten, samt pårørende og pasienter, kan være til nytte for å avklare behov og utfordringer. Det anbefales at pasienter inkluderes i matlaging for å opprettholde og øke funksjonsnivået.

Kompetanse om ernæring er nødvendig både hos de fagpersonene som fatter vedtak om helsetjenester (bestillere) og hos dem som utfører ernæringsarbeidet. Det kan være behov for tilsyn og veiledning av klinisk ernæringsfysiolog. Helsetjenester i hjemmet må også ha kompetanse til å følge opp ernæringsarbeidet hos hjemmeboende personer med demens, der det er aktuelt.



Hvilke etiske problemstillinger tenker du kan oppstå i møte med Per og behandling av hans vektreduksjon?



REFERANSELISTE

1. Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet. (2012)
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx>
2. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet. (2009). IS-1580. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Sider/default.aspx>
3. Berg (2012). Måltider er mer enn mat. Personer med demens i dagaktivitetstilbud. Aldring og helse.
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Prop. 91L. (2010-2011)
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
5. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982.
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
6. Lov om helsepersonell m.v av 2. juli 1999.
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov+om+helsepersonell>
7. Søderhamn, U, Screening – en hjelp til å identifisere eldre i for underernæring, Demens&Alderspsykiatri, (2010)
<http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=2269>
8. Etikkhåndboken
<http://www.ks.no/PageFiles/10247/Etikkh%c3%a5ndboka.pdf>

Ernæringspraksis er mer enn måltid

Et av satsingsområdene i *Demensplanen 2015*, «*Den gode dagen*», er å legge til rette for dagaktivitetstilbud for personer med demens. I et dagaktivitetstilbud er ernæringsarbeid en sentral oppgave. Helsedirektoratet utga i 2009 «Nasjonale faglige retningslinjer for å forebygge og behandle feilernæring og underernæring». Helsetilsynets årsrapport for 2010 viste at to av tre kommuner hadde avvik i forhold til hva som er vurdert som et godt ernæringsarbeid. I 2012 utga Helsedirektoratet «Kosthåndboken, Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten». Hovedmålet med veilederen var å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet innen hele helse- og omsorgstjenesten. Godt tverrfaglig samarbeid og tydelig ansvarfordeling er avgjørende for å lykkes med et godt ernæringsarbeid.

Formålet med dette temahefte er å bidra med kunnskap innen ernæringsarbeid til personell som arbeider i dagaktivitetstilbud for personer med demens. Ernæringsarbeidet i dagaktivitetstilbudet må være individuelt tilpasset slik at måltidene og aktivitetene gir muligheter for mestring og trivsel for personen med demens. God matomsorg vil si å sikre et tilstrekkelig kosthold ut fra ernæringsbehovet.



Kari Rudningen Fossli (f.1956)

Sykepleier og har en mastergrad i klinisk helsearbeid innen eldreomsorg og aldring. Har arbeidet som sykepleier og leder i kommunal eldreomsorg og vært prosjektkoordinator i fagutviklingsprosjekter. Har yrkespedagogikk og har i flere år vært lærer i den videregående skole. Fra 2011 vært ansatt ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse med arbeid innen kompetansehevede tilbud i ABC-modellen, og nå som studieleder i Fagskolen.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

ISBN: 978-82-8061-761-3 (PDF)